Boas

Ueberreicht vom Verfasser.

Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom.

Von

Dr. I. Boas.

Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicin. Wochenschrift“ 1900, No. 7—8.
Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Eulenburg** und Dr. **Jul. Schwalbe.**

Leipzig.
Verlag von Georg Thieme.
1900.

Der Jahrgang 1899 enthält u. A. folgende Originalarbeiten:

Aus dem Mariahilfspital in Aachen: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organes, von San.-Rath Dr. Krabbel.

Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin: Pneumococcenschutzstoffe, von Dr. M. Wassermann.

Aus dem Laboratorium der 1. medicinischen Universitätsklinik und dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts in Berlin: Ueber die Abspaltung von Zucker aus Eiweiss, von Dr. P. Mayer.

Aus der III. medicinischen Universitätsklinik in Berlin: Ein in Heilung übergegangener Fall von „spastischer Spinalparalyse“ nach Influenza, von Dr. L. Michaëlis.

Aus dem Laboratorium der III. medicinischen Universitätsklinik in Berlin: Zur Frage des Nierendiabetes, von Dr. P. F. Richter.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin: Ein Fall von doppelter Invaginatio intestini, von Dr. R. v. Hippel in Dresden.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Königlichen Charité in Berlin: Ein Fall von spontaner Ruptur der Bauchwand und Darmvorfall, von Stabsarzt Dr. Doebbelin.

Aus der Kinderpoliklinik der Königlichen Charité in Berlin: Ueber Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. Vorläufige Mittheilung von Dr. W. Stoeltzner.

Aus der Abtheilung für Ohrenkranke der Königlichen Charité in Berlin: In der Paukenhöhle eingekeilter Fremdkörper von besonderer Quellfähigkeit bei chronischer Eiterung des Mittelohres, von Dr. H. Haike.

Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin: Ein Fall von Elephantiasis congenita, von Dr. M. Mainzer.

Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin: Ueber das Pfeilgift der Wakamba (Deutsch-Ostafrika), von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Brieger. — Weitere Untersuchungen zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Marktbutter, von Dr. Lydia Rabinowitsch. — Ueber die diagnostische Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins, von Dr. Max Beck. – Beiträge zur Lyssaimmunität, von Dr. Marx.

Aus dem thierphysiologischen Institut der königlichen landwirthschaftlichen Hochschule in Berlin: Weitere Beobachtungen über den physiologischen Pupillenabschluss, von Dr. C. Hamburger.

Aus dem Röntgencabinet der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin: Eine neue Methode der Röntgenphotographie des Magens, von Dr. P. Bade.

Aus dem städtischen Krankenhause am Friedrichshain in Berlin: Zur mechanischen Behandlung des Hautödems (subcutane Schlauchdrainage, von Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer. — Ueber Chylothorax, von Geh. San.-Rath Prof. Dr. E. Hahn.

Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin: Ueber die Bedeutung des Oliver'schen Symptoms für die Diagnostik der Aneurysmen der Brustaorta, von Prof. Dr. A. Fraenkel.

Aus dem städtischen Krankenhause Gitschinerstrasse in Berlin: Ueber basophile Körnungen in rothen Blutkörpern, von Prof. Dr. M. Litten.

Aus dem Krankenhause Bethanien in Berlin: Zur Diagnose der Urämie und über Albuminurie bei Diabetes mellitus, von Dr. L. Herzog.

Aus dem Krankenhause der jüdischen Gemeinde in Berlin: Krankenhausbehandlung der schwerkranken Tuberkulösen, von Dr. Lazarus.

Aus der Poliklinik für Augenkranke des Vereins für häusliche Gesundheitspflege in Berlin: Ein casuistischer Beitrag zur Schularztfrage, von Dr. R. Lohnstein.

Aus der Privatanstalt für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. A. Martin in Berlin: Zwei Fälle von sehr frühzeitiger Unterbrechung einer Eileiterschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Therapie, von Dr. E. G. Ohrtmann.

Aus dem pharmakologischen Laboratorium von Prof. Dr. L. Lewin in Berlin: Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität, von Prof. Dr. L. Lewin.

Aus der Frauenklinik von Prof. Dr. L. Landau in Berlin: Die Behandlung des „weissen Flusses“ mit Hefeculturen, eine lokalantagonistische Bacteriotherapie, von Dr. Theodor Landau.

Aus der Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten von Prof. Dr. H. Krause in Berlin: Ein casuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx, von Dr. H. Cordes.

Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten von Dr. M. Joseph in Berlin: Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris, von Dr. W. Lissauer.

Aus der Augenheilanstalt von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Hirschberg in Berlin: Taubheit als Complication der Staroperation, von Dr. W. Mühsam.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bern: Totalexcision des Magens mit Darmresection combinirt, von Prof. Dr. Th. Kocher.

Aus dem städtischen Krankenhause in Bielefeld: Wirkung des Formalins bei epithelialen Erkrankungen, von Dr. G. Daniel.

Fortsetzung auf der 3. Umschlagseite.

Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom.[1])

Von **I. Boas** in Berlin.

M. H.! Die Lehre von den Dickdarm- oder, präciser ausgedrückt, den Coloncarcinomen — da ich von den Mastdarmcarcinomen hier absehe — ist im Gegensatz zu den bösartigen Neoplasmen des Magens und Oesophagus im Laufe der letzten Decennien und besonders von interner Seite wenig gefördert worden. Soweit mir bekannt, ist das Kapitel auch in dieser Gesellschaft bisher noch nicht Gegenstand einer zusammenfassenden Erörterung gewesen, vielleicht, weil der Einzelne nicht besonders häufig in der Lage ist, eine grössere Zahl von Dickdarmcarcinomen zu Gesicht zu bekommen.

Ich habe nun im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit gehabt, an einer grösseren Zahl von Coloncarcinomen — ich verfüge, abgesehen von den weit zahlreicheren der Consultativpraxis, über 15 sichere Fälle — Erfahrungen zu sammeln, die ich mir erlauben möchte, Ihnen im Folgenden zu unterbreiten. Da sich unter meinen Beobachtungen ein grosser Theil operirter Kranker befindet, so werde ich auch die operative Seite des Gegenstandes in den Kreis der Erörterung hineinbeziehen.

Von meinen Fällen gehörten 12 dem männlichen und 3 dem weiblichen Geschlechte an. Sechsmal sassen die Tumoren am Cöcum, resp. der Ileocöcalklappe, zweimal an der Flexura colico-hepatica, zweimal an der Flexura colico-lienalis, einmal am Colon descendens, viermal an der Flexura sigmoidea.

In 8 Fällen war deutlich ein Tumor fühlbar; in diesen wurde die Diagnose, abgesehen von einem Falle, nie verfehlt. In den übrigen 7 Fällen wurde sie gleichfalls viermal mit Sicherheit, resp. grösster Wahrscheinlichkeit gestellt, in den übrigen wurde sie

[1]) Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 27. November 1899.

entweder nicht gestellt oder kam über einen gewissen Grad von Vermuthung nicht hinaus. 12 Fälle wurden operativ behandelt, von den vier übrig bleibenden wurde einmal — es handelte sich um eine plötzlich eingetretene Perforation — die Diagnose durch die Section bestätigt.

Wenn ich nach diesen kurzen orientirenden Vorbemerkungen zu dem Krankheitsbilde selbst übergehe, so werde ich mich darauf beschränken müssen, die im Vordergrunde des klinischen Interesses liegenden Punkte speziell mit Rücksicht auf die Diagnose zu discutiren.

Was zunächst die subjectiven Symptome betrifft, so kann man zwanglos vier Gruppen unterscheiden: einmal eine solche, bei der ausgesprochene lokale Symptome lange Zeit hindurch, ja unter Umständen bis zum Erlöschen vollkommen fehlen und allenfalls die zunehmende Cachexie den Verdacht erweckt, dass an irgend einem inneren Organe eine bösartige Neubildung steckt. Diese nicht gerade sehr häufigen Fälle haben ihr Analogon in den besser bekannten und zahlenmässig häufigeren latenten Magencarcinomen, von denen die Litteratur bekanntlich eine stattliche Zahl aufweist.

Die zweite, klinisch schon fruchtbare Gruppe zeichnet sich zwar durch gewisse lokale Symptome, aber von unklarem, mehrdeutigem Charakter aus, so dass sich die Diagnose lediglich auf objective Zeichen stützen muss, falls solche vorhanden sind. Eine dritte, und zwar die klinisch ergebnissreichste Gruppe deutet von vornherein und zuweilen in ausgesprochenster Weise auf den Charakter des Leidens hin und ermöglicht es zuweilen, die Diagnose ohne Zuhilfenahme oder bei Fehlen objectiver Befunde mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen. Diese Fälle gehören nach meiner Erfahrung ausnahmslos der Gruppe der stenosirenden Carcinome an. Eine sorgfältige Anamnese ergiebt in solchen Fällen, fast typisch wiederkehrend, etwa folgende Momente: die Kranken waren bis zu dem Eintritt ihrer jetzigen ernsten Erkrankung entweder darmgesund oder litten an harmlosen Darmstörungen, etwa an habitueller Obstipation, ein Vorkommniss, das sich nebenbei gesagt, sehr häufig notirt findet. Seit den letzten Monaten, zuweilen erst Wochen, treten nun ganz unvermuthet und ohne erkennbare äussere Ursache Erscheinungen schwerer oder schwerster Darmpassage, verbunden mit Darmkoliken heftigster Art und begleitet von Uebelkeit oder Erbrechen auf. Die Lösung des Anfalles fällt häufig mit dem Eintritt einer reichlichen Defäcation zusammen. Ganz besonders bemerkenswerth sind nun die Intervalle: im Anfang mehrere Wochen, in seltenen Fällen sogar Monate betragend, rücken sie parallel mit dem Anwachsen der Koprostase zeitlich immer mehr zu-

sammen, dauern kaum mehr als eine Woche, zählen nur noch nach Tagen, fehlen schliesslich ganz: die Anfälle werden permanent. Auch die Intensität und Dauer der Anfälle nimmt im Laufe der Krankheitsentwickelung unverkennbar zu. Das Erbrechen, anfangs kaum im Symptomenbilde hervortretend, wird immer häufiger und copiöser, schliesslich eine constante Begleiterscheinung. Wenn sich nun zu diesem Symptomencomplex sonstige für ein malignes Leiden sprechende Symptome hinzugesellen, so kann die Diagnose oft mit grosser Wahrscheinlichkeit, zuweilen mit Sicherheit, auf einen malignen Darmtumor selbst da gestellt werden, wo sonstige objective Kriterien vermisst werden. Mindestens aber kann auf Grund der im vorgehenden gezeichneten Anamnese — ich bezeichne sie als Stenosenanamnese — die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Darmstenose gestellt werden, deren Ursache erst durch weitere diagnostische Ueberlegungen festgestellt werden muss.

Von der obengenannten Gruppe wieder etwas verschieden sind die Fälle von tiefsitzendem stenosirendem Carcinom. Hier verbindet sich mit den kolikartigen Schmerzen ein äusserst quälender Tenesmus, oft Hand in Hand gehend mit schmerzhaftem Harndrang, ganz ähnlich, wie wir es beim Mastdarmcarcinom zu beobachten pflegen.

Eine vierte Gruppe endlich zeichnet sich von den eben beschriebenen dadurch aus, dass ohne besonders alarmirende Vorboten, zuweilen in Mitten scheinbar normaler Gesundheit sich das Bild des Obturationsileus entwickelt. Bisweilen weist ein schwerer Diätfehler auf die Ursache des acuten Darmverschlusses hin, in den häufigsten Fällen liegt derselbe so weit zurück, dass er dem Gedächtniss des Kranken längst entschwunden ist. Auch in solchen Fällen gelingt es mitunter, auf Grund einer sorgfältigen Anamnese den Nachweis zu führen, dass leichtere Attaquen von Darmverschluss vor Wochen oder auch Monaten vorausgegangen sind und dass wir es somit mit dem Schlussstadium einer chronischen Stenose zu thun haben, deren Natur wiederum Gegenstand weiterer Ueberlegungen sein muss.

Von weit entscheidenderem Werthe als die subjectiven Symptome ist die Fühlbarkeit eines wohl charakterisirten Tumors. Indem ich dessen allgemeine Eigenschaften als bekannt voraussetze, greife ich einige Besonderheiten heraus, in erster Linie die Frage der Beweglichkeit, d. h. die active Lokomotion und die passive Verschieblichkeit.

Die Schulregel lautet bekanntlich, dass Dickdarmcarcinome sich durch grosse Beweglichkeit auszeichnen, und zwar besonders diejenigen, welche an Darmabschnitten mit langen Mesenterien sitzen. In dieser Fassung ist die genannte Regel nach meinen

Erfahrungen zu weitgehend. Unter den acht Carcinomen mit deutlich fühlbarem Tumor, die ich beobachten konnte, war nur in zwei Fällen der Tumor auffallend verschieblich und zeigte spontane Lageveränderungen, in beiden Fällen gehörte der Tumor dem Cöcum, also einem relativ unbeweglichen Darmabschnitt an. In einem dieser Fälle, den ich Gelegenheit hatte mit Herrn Geh. Rath v. Mikulicz wiederholt zu untersuchen, liess uns gerade die ungemeine Verschieblichkeit des am Cöcum gelegenen Tumors, zumal sonstige subjektive und objektive Zeichen im Krankheitsbilde fehlten, hinsichtlich der Natur des Tumors lange Zeit hin- und herschwanken. Die Operation ergab ein fast faustgrosses ulcerirendes Cöcumcarcinom. Auch der Umstand, dass bewegliche Tumoren des Dickdarms bald für die palpirende Hand verschwinden, bald wieder deutlich hervortreten, kann dem Diagnostiker zuweilen arge Verlegenheiten bereiten. Die temporäre Nichtfühlbarkeit eines Tumors am Dickdarm ist daher — analoge Fälle kommen bekanntlich auch beim Magen vor — noch keineswegs ein Beweis für seine Nichtfühlbarkeit überhaupt. Wiederholte Untersuchungen, abwechselnd bei ganz entleertem und dann wieder bei gefülltem Darm werden indessen die Sachlage in der Regel klären. Durch rektale Aufblähung des Darmes mittels Luft oder Brausegemischen nach dem Vorschlage v. Ziemssen's oder Anfüllung der Därme mit Wasser kann man gelegentlich Zweifel über den Sitz, resp. die Zugehörigkeit von fraglichen Tumoren heben, namentlich wo es sich um die Abgrenzung gegen retroperitoneale Neoplasmen handelt. Ferner kann man durch Luftaufblähungen sich von der Thatsache, ob ein Tumor auf seiner Unterlage mehr oder weniger verschieblich ist oder nicht — es gilt dies besonders für Cöcaltumoren — leichter überzeugen. Die letzteren werden in der Regel, wenn beweglich, der palpirenden Hand genähert, während sie bei Verwachsungen ihre Lage unverändert behalten. Sehr zweckmässig scheint mir auch bei schwer palpablen Tumoren die vor einigen Jahren von v. Chlapowski, Lennhoff, Schuster u. a. empfohlene Palpation im Warmwasserbade zu sein.

Mit grossen Schwierigkeiten ist zuweilen die Feststellung des Sitzes der fraglichen Neubildung verbunden. Es bezieht sich das besonders auf jene nicht seltenen Vorkommnisse von Dislokationen des Darmes, sei es in Folge congenitaler Hemmungsbildungen, sei es in Folge von im späteren Leben erworbenen Deviationen, sei es endlich in Folge von durch Herabdrängung der Intestina durch das Gewicht der Neubildung selbst und der diesseits davon sich stauenden Kothmassen erworbenen Lageanomalieen. Solche Anomalieen spotten naturgemäss jeder Diagnose, wie die chirurgische Erfahrung gezeigt hat, selbst bei der Autopsie in vivo.

Eine noch grössere Schwierigkeit liegt in der Unterscheidung bösartiger von gutartigen Tumoren, oder von scheinbaren Tumoren, den bekannten Kothtumoren. Was zunächst die letzteren betrifft, so glaube ich nicht, dass solche Pseudoplasmen bei hinreichend sorgfältiger Untersuchung unüberwindbare Schwierigkeiten machen, obwohl eine nicht unbeträchtliche Reihe von Fehldiagnosen in der Casuistik existiren, wohl aber glaube ich mit Nothnagel[1]), dass durch Kothimpactionen die Grösse der Geschwulst leicht überschätzt werden kann. Sehr viel misslicher noch steht es um die Unterscheidung benigner Tumoren und chronisch-endzündlicher Prozesse von bösartigen Neoplasmen, besonders wieder am Cöcum. Bekanntlich können chronische Inflammationen, die vom Processus vermiformis ausgehen, ganz den Charakter von Neoplasmen annehmen, und andererseits können wirkliche Neoplasmen Exsudaten des Typhlon oder des Processus vermiformis bis auf das Haar gleichen. Einen Fall der letztgenannten Kategorie habe ich selbst vor einigen Jahren beobachtet. Auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen gutartigen Neoplasmen (Myomen, Lipomen) sowie den sarcomatösen Darmerkrankungen kann ich bei der Mannigfaltigkeit der Unterscheidungsmomente hier nicht eingehen, zumal mir Erfahrungen hierüber in grösserem Umfange fehlen. Einer Erwähnung dagegen bedarf die Differentialdiagnose zwischen Carcinomen des Cöcum und den erst neuerdings besonders von den Chirurgen gewürdigten tuberkulösen Cöcaltumoren, die ich für sehr schwierig halte. Damit soll nicht gesagt sein, dass diese Schwierigkeiten unter allen Umständen bestehen. Im Gegentheil kann das Alter, die Dauer der Krankheit, der Befund von gleichzeitiger Lungentuberkulose oder Gelenktuberkulose, der Nachweis von Bacillen in den Fäces (Obrastzow)[2]), endlich der von König[3]) angegebene Symptomencomplex die Diagnose ohne grosse Schwierigkeiten ermöglichen, aber es giebt Fälle — ich selbst habe zwei gesehen —, bei welchen erst die Autopsie in vivo oder mortuo das Räthsel zu lösen vermag. Möglicherweise erweist sich als ein wichtiges Hifsmittel zur Diagnose die Diazoreaktion. Vor kurzem hat nämlich Krokiewicz[4]) auf breiter Grundlage den Nachweis geführt, dass bei Carcinomen des Darms die Diazoreaktion ausnahmslos fehlt, während sie bei Darmtuberkulose nur selten vermisst wird. Eine Nachprüfung dieser Angabe erscheint mit Rücksicht auf den vorliegenden Gegenstand von grosser Wichtigkeit.

---

[1]) Nothnagel, Die Erkrankungen des Darmes und Peritoneums. Wien 1898.

[2]) Obrastzow, Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. 4, 1898.

[3]) König, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 34, 1892.

[4]) Krokiewicz, Wiener klinische Wochenschrift 1898, Nr. 29.

Ich komme nun zu einem der wichtigsten diagnostischen Zeichen des Dickdarmcarcinoms: den Stenoseerscheinungen.

Dieselben können selbstverständlich auch bei nicht ulcerirenden Carcinomen vollkommen fehlen oder umgekehrt schon sehr frühzeitig in ausgesprochener Weise vorhanden oder endlich nur eben angedeutet sein. In dem Grade, in welchem die Stenose entwickelt ist, durchlaufen die Symptome die Scala bis zum Ileus, wobei nunmehr die eigentlichen Stenosensymptome durch die classischen Occlusionserscheinungen verdrängt werden.

Das Hauptsymptom der Stenoseerschneinungen bildet subjectiv einmal die bereits oben erwähnte hochgradige Obstipation, zuweilen abwechselnd mit heftigen Diarrhoeen, die aber immer lediglich die Folge der ersteren bilden und, sich selbst überlassen, immer wieder die Neigung zur fäcalen Stauung zeigen, und in Verbindung damit die gleichfalls bereits erwähnten paroxysmenartig auftretenden Darmkoliken. Den objectiven Ausdruck der letzteren bilden einmal der Meteorismus, sodann die sicht- und fühlbaren Darmcontractionen, die Nothnagel in sehr passender Weise als „Darmsteifung“ bezeichnet hat.

Das Bild der Darmsteifung ist in sehr ausgeprägten Fällen von Darmstenose so prägnant, dass nach meinen Erfahrungen zuweilen ein einziger Blick auf den Leib zur Stellung der Diagnose ausreicht. Schwieriger dagegen ist zuweilen die Feststellung, ob die sich steifenden Schlingen dem Dünn- oder Dickdarm angehören. Ist ein Tumor fühlbar, so wird allerdings ein Zweifel nur selten obwalten. Ganz anders dagegen bei unbekanntem Sitz des Hindernisses. Aber auch in solchen Fällen zeigt das weite Ausholen der orgelartig angeordneten Darmschlingen ein im Ganzen sehr charakteristisches Gepräge. In zwei Fällen habe ich durch eine, soweit ich weiss, bisher nicht beschriebene Methode die Entscheidung treffen können, nämlich durch Untersuchung per vaginam während des Schmerzanfalls. In beiden Fällen konnte ich sehr deutlich tief im kleinen Becken eine oder mehrere Darmschlingen fühlen und abtasten, die ihrer Lage und Configuration nach nichts anderes als Dünndarmschlingen sein konnten. Neben der eigentlichen Darmsteifung kann man zuweilen noch ein weiteres Phänomen beobachten, das sich ebenso wie jene auch bei Fällen gutartiger Stenose findet. Das ist ein Plätschergeräusch im zuführenden Darmabschnitt, und zwar naturgemäss ausserhalb des Anfalls und bei nicht zu weit vorgeschrittenem Meteorismus. Dieses Plätschergeräusch bezieht sich wohl auf den am meisten dilatirten Abschnitt oberhalb der Stenose, ist also für die Orientirung in zweifelhaften Fällen nicht ohne Bedeutung.

Das Bild der krampfhaften Darmsteifung bietet nun mancherlei sehr wichtige Variationen. Die Darmbewegungen können unter

gewissen Bedingungen und bei noch nicht sehr ausgeprägter Stenose oder bei der Entwickelung einer compensatorischen Hypertrophie der zuführenden Darmstrecken eben noch in ausgesprochenster Weise vorhanden sein, um am folgenden Tage völlig zu fehlen. Das ist der Fall, wenn nach mehrtägiger Coprostase durch ein passendes Abführmittel der Darm ganz entleert ist. In zwei Fällen meiner Beobachtung fehlten die Darmcontractionen unter diesen Umständen länger als acht Tage. Wenn nun, wie dies der Fall, der Kranke sich wohl fühlt, der Appetit zunimmt, die Stuhlentleerung vorübergehend normal wird, das Gewicht ansteigt, so kann der Unerfahrene wohl einen Augenblick in einen Zustand ungerechtfertigten Optimismus kommen.

Zu noch grösseren Täuschungen führen die Fälle, in denen keine ausgeprägte Darmsteifung vorhanden ist, sondern nur eben angedeutete, allerdings unter leichten Schmerzen auftretende Darmreliefs sich dem Auge und der Hand des Arztes darbieten. Auf diese initialen oder prämonitorischen Formen der peristaltischen Darmcontractionen möchte ich Ihre besondere Aufmerksamkeit lenken. Hierbei tritt im Verlaufe einer Darmkolik in der Regel eine nur kleine Darmschlinge im Niveau der Bauchdecken hervor, schwindet blitzartig, kommt von neuem, vielleicht schon mit leichtem hör- oder fühlbarem Gargouillement, um dann für Stunden, vielleicht auch Tage völlig zu schwinden. Diese Form der abortiven Darmcontractionen bildet, wo sie wiederholt zu sehen sind, eines der untrüglichsten Zeichen der Darmstenose, und bei sonst gut ausgeprägtem klinischen Ensemble ist es meiner Erfahrung nach möglich, hieraus schon in sehr frühem Stadium die Diagnose eines stenosirenden Darmcarcinoms zu stellen. Allerdings ist die Beobachtung solcher wenig entwickelten Stenosesymptome in der Regel, abgesehen von der Uebung und Erfahrung, Sache des Zufalls. Ich rathe daher, wo irgend möglich, bei Verdacht auf Darmstenose eine regelrechte klinische Beobachtung von nicht zu kurzer Dauer an.

Unter den vielen Variationen, die einzeln zu erörtern unmöglich ist, möchte ich nur noch eine besonders auffallende hervorheben. Hierbei befindet sich der zuführende Darm in einem Zustand dauernder tonischer, sicht- und fühlbarer Contraction. An diese schliessen sich in längeren oder kürzeren Pausen die eigentlichen tetanischen Steifungen.

Eine wichtige Begleiterscheinung der Darmsteifung, die in ausgeprägten Fällen kaum je vermisst wird, ist das reflectorische Erbrechen, das häufig zu Verwechselungen mit Magenleiden führen kann, wenn man die Art ihres Auftretens nicht sorgfältig beobachtet.

Das Erbrochene selbst ist nicht besonders charakteristisch.

Es kann freie Salzsäure enthalten oder nicht, es kann gallige Beimischungen enthalten, braucht es aber nicht, zeigt ferner im Gegensatz zu dem Erbrechen bei Magendilatation keine Gährungserscheinungen, z. B. keine Gasgährung, keine Hefe oder Sarcine, wenigstens nicht in irgendwie bemerkenswerther Menge. Sehr selten beobachtet man bei Dickdarmcarcinomen fäcales, etwas häufiger leicht fäcaloides Erbrechen.

Unter meinen Beobachtungen habe ich in zwei ausgeprägten Fällen von stenosirenden Dickdarmcarcinom heftige Magenblutungen beobachtet, soweit mir bekannt, eine bisher bei stenosirenden Dickdarmcarcinomen noch nicht beobachtete Complication. Leider konnte in beiden Fällen die Ursache der Magenblutungen nicht festgestellt werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Blut aus sogenannten Dehnungsgeschwüren (Kocher) oberhalb der Darmstenose stammte und im Verlaufe einer heftigen Darmperistaltik magenwärts regurgitirt wurde.

Bei dieser Gelegenheit ist es vielleicht nicht ganz ohne Interesse, den Mageninhaltsbefund beim Dickdarmcarcinom zu erwähnen. Nach meinen Erfahrungen kann er ebenso wie das Erbrochene schwanken. Indessen habe ich unter vier Fällen, bei denen wiederholt Mageninhaltsuntersuchungen vorgenommen wurden, nur ein einziges Mal Salzsäure vermisst. Niemals habe ich bei der Untersuchung des Mageninhalts schwere motorische Störungen gefunden. Aus dem, wie erwähnt, überwiegend häufigen Befund der Salzsäure sowie aus dem Erhaltensein der Motilität kann in unklaren Fällen der Verdacht auf ein malignes Magenleiden zurückgewiesen werden, andererseits kann aber der, wie erwähnt, vorkommende Salzsäuremangel leicht die Diagnose in falsche Bahnen lenken, wenn nicht klare Darmsymptome deutlich auf den Heerd des Uebels hinweisen.

Was die Beschaffenheit der Stuhlentleerungen betrifft, zu denen ich mich jetzt wende, so weichen auch hier meine Erfahrungen von den bisherigen lehrbuchmässigen Darstellungen in einzelnen Punkten ab. Bei einer Durchmusterung meiner Beobachtungen finden sich alle Schattirungen in der buntesten Weise: Normaler Stuhl, Obstipation mehr oder weniger hohen Grades, Obstipation abwechselnd mit Diarrhoe, Diarrhoe allein, Stenosestuhl abwechselnd mit tagelanger ganz normaler Entleerung. Der eigentliche Stenosestuhl, der in der früheren Litteratur eine übermässige Werthschätzung erfuhr, hat heute, abgesehen von den ganz tief liegenden Dickdarmstenosen, fast vollkommen an Credit verloren, um so mehr, als wir ja heut zu Tage die Häufigkeit der bekannten drehrunden, dünnkalibrigen Stühle bei Darmaffectionen kennen, die absolut nichts mit Stenosen zu thun haben. Aber auch umgekehrt spricht ein grobkalibriger normal-cylindrischer Stuhl durch-

aus nicht gegen das Bestehen einer Dickdarmstenose. Ich habe in drei Fällen von ausgesprochenster Dickdarmstenose vorübergehend solche Stühle beobachtet. Die Erklärung liegt meines Erachtens darin, dass die dünnbreiigen Stuhlentleerungen, sobald sie die stenotische Partie überwunden haben, sich wieder zu festen, von normalem Stuhl nicht zu unterscheidenden Conglomeraten anlagern.

Eine grosse Rolle spielen in der Symptomatologie der Dickdarmcarcinome Beimengungen von Blut, daneben auch von Eiter in den Stühlen! Was die ersteren betrifft, so haben neuere Beobachtungen gezeigt, dass sie nicht so häufig vorkommen, wie man früher glaubte. Treves[1]) z. B. sagt: „Blutige Beimischungen zu den Entleerungen kommen in etwa 15 % aller Fälle vor und werden meist bei Strictur des S-Romanum beobachtet.“ In meinen Fällen von stenosirendem Carcinom habe ich Blutungen, wenigstens in grösseren Mengen nie beobachtet. Zweimal, und zwar in zwei Fällen von ulcerirenden Carcinomen des S-Romanum habe ich regelmässige Eiterbeimengungen zu den dünnflüssigen, regelmässig auch Blut enthaltenden Stühlen beobachtet. Falls ein wohlcharakterisirter Tumor vorhanden ist, so halte ich dieses Vorkommniss für die Diagnose eines Dickdarmcarcinoms für fast entscheidend. Fehlt derselbe, so kann die Diagnose unter Umständen grosse Schwierigkeiten machen, besonders gegenüber der Abgrenzung von Colitis ulcerosa, oder auch von paraintestinalen Abscessen, oder auch von chronischen Intussusceptionen. Ich habe in den letzten Jahren mehrere Fälle von schwerer chronischer Dysenterie gesehen, bei denen die Entleerungen genau denselben Charakter trugen wie bei jauchenden Dickdarmcarcinomen. Ich behalte mir vor, bei anderer Gelegenheit auf diese noch wenig bekannten Formen und deren Abgrenzung vom Dickdarmcarcinom genauer einzugehen.

Als bisher noch nicht beschriebene Complication führe ich ferner an das Auftreten von Enteritis membranacea, das ich in einem Falle von Carcinom des Colon ascendens beobachtet habe. Da hierbei Kolikschmerzen, Abmagerung, schwere Obstipation vorkommen, so ist ersichtlich, dass hierdurch die Diagnose leicht in falsche Bahnen kommen kann.

Beimengung von Geschwulstpartikeln, welche in sehr seltenen Fällen beobachtet sind (v. Bamberger, v. Leube, Maydl u. a.), habe ich nie gesehen, möchte aber doch in zweifelhaften Fällen, namentlich bei eitrigen Beimengungen zu den Stühlen, zu häufigen Probespülungen des Dickdarms rathen, in der Erwartung, im

---

[1]) Treves, Darmobstruction. Uebersetzt von Pollak. Leipzig 1888, S. 303.

Spülwasser gelegentlich kleine exfoliirte Krebspartikel anzutreffen. Bisher ist mir dies allerdings noch nicht geglückt.

Was schliesslich das Allgemeinbefinden betrifft, so kann es in einzelnen Fällen die Diagnose stützen, aber auch umgekehrt, wie ich beobachtet habe, zu grossen Täuschungen Veranlassung geben. Zur erstgenannten Kategorie gehören diejenigen Fälle, denen das Zeichen der carcinomatösen Kachexie gewissermaassen auf die Stirn gedrückt ist und bei denen die Untersuchung eigentlich nur den Sitz des Tumors festzustellen hat. Demgegenüber steht eine zweite Gruppe, die absolut nichts von Macies aufweist, ja bei der auch keine eclatante Gewichtsverminderung feststellbar ist. Endlich habe ich eine dritte Gruppe beobachtet, bei welcher ein auffallendes Hin- und Herschwanken des Gewichtes stattfand. So konnte ich in einem Falle eine Gewichtszunahme von 3 Kilo in einer Woche, in einem zweiten von $2^1/_4$ Kilo in drei Wochen beobachten. Diesen Zunahmen können in kurzer Zeit gleiche oder noch grössere Abnahmen folgen. Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, dass solche Gewichtsschwankungen parallel gehen mit den subjectiven und objectiven Beschwerden. Besonders habe ich solche Oscillationen bei den stenosirenden Carcinomen beobachtet, während bei den ulcerirenden das Gewicht stetig herunterging. Es folgt hieraus die Warnung, sich durch vorübergehende Gewichtszunahmen nicht zu optimistischen Hoffnungen hinreissen zu lassen.

Die Therapie der Dickdarmcarcinome, zu der ich nunmehr übergehe, bietet, wie die der Visceralcarcinome überhaupt, nur wenige Lichtblicke, und die letzteren gehören auch nicht einmal der internen Medicin an. Die Aufgaben der inneren Therapie lassen sich in zwei Worten zusammenfassen: Hebung der Ernährung und Beseitigung der durch die Stenose bedingten Symptome, soweit diese vorhanden sind. Was die ersteren betrifft, so kann man, wie ich beobachtet habe, die Kranken thatsächlich bei einer sehr calorieenreichen, namentlich fetthaltigen Diät längere Zeit über Wasser halten, zumal wenn keine oder nur sehr geringe Canalisationsstörungen vorliegen und wenn, wie dies gar nicht selten der Fall, der Appetit erhalten ist. Bei Stenoseerscheinungen dagegen hängt alles von der Ausdehnung derselben und den dadurch hervorgerufenen Beschwerden ab. Ist die Passage durch geeignete Mittel frei gemacht, so erholen sich die Patienten und können, wie bereits erwähnt, vorübergehend an Kraft und Gewicht gewinnen. Am allermisslichsten liegen die Dinge bei den ulcerirenden Formen, bei denen die Beseitigung der erschöpfenden Blutungen und Eiterungen nach meinen bisherigen Erfahrungen einfach ein Ding der Unmöglichkeit ist.

Auf die speziellen diätetischen Vorschriften, die in jüngster

Zeit wiederholt erörtert sind, u. a. in vortrefflicher Weise von Ewald in v. Leyden's Handbuch der Ernährungstherapie und auch von mir in meinem Buch über Darmkrankheiten, kann ich hier nicht eingehen. Ich möchte nur einen Punkt urgiren, der praktisch eine grosse Rolle spielt, weil Kranke durch ungenügende Beachtung desselben plötzlich aus dem Zustande einer bis dahin leidlich compensirten Stenose in den des completen Ileus gelangen können: das ist der Genuss aller schaligen, reichlich Schlacken enthaltenden, resp. überhaupt unverdaulichen Substanzen. Es liegt auf der Hand, dass man Carcinomkranken die Wohlthaten der Genussmittel nicht entziehen darf; aber andererseits kann doch einer zuweitgehenden Nachsicht, wo sie lebensbedrohende Complicationen setzen kann, nicht das Wort geredet werden. Durch den Genuss von Backpflaumen, Grahambrod, Spargel, Pilzen, um nur diese gewiss nicht als bedenklich geltenden Nährmittel zu nennen, kann unter ungünstigen Umständen, wie die Casuistik zeigt, unmittelbar vollständiger Obturationsileus mit seiner verhängnissvollen Prognose erfolgen. Es genügt daher in diesen Fällen nicht, nur die erlaubten Speisen aufzuzeichnen, sondern auf die Gefahren der oben genannten und ähnlicher ausdrücklich hinzuweisen.

Was die Beseitigung der Stenosesymptome, also vor allem der Obstipation und der Darmkoliken betrifft, so habe ich den bekannten Regeln, durch entsprechende Diät in Verbindung mit leichten Abführmitteln die Darmthätigkeit in Gang zu halten, nichts wesentliches hinzuzufügen. Nur ein Punkt, der mir bisher nicht genügend geklärt scheint, erfordert eine kurze Besprechung. Das ist das Verhalten bei lebhafter oder gar stürmischer Darmperistaltik. Soll man in solchen Fällen Abführmittel geben oder nicht? Nothnagel[1]) spricht sich dagegen aus, und meine eigenen Erfahrungen sprechen gleichfalls gegen die Anwendung von Abführmitteln in diesem Stadium. Im Gegentheil bilden hier Opiate nicht allein das beste Sedativum, sondern auch das wirksamste Abführmittel. In einem Falle von Coecumcarcinom mit schweren, fast ileusartigen Symptomen erfolgte sehr bald nach reichlicher Application von Opiaten per rectum Euphorie und regelmässiger Stuhlgang. Erfolgt durch reichliche Opiate kein Stuhl und kein Sistiren der tumultuarischen Darmcontractionen, so liegt wahrscheinlich ein durch interne Mittel unbesiegbares Hinderniss vor.

Wenn ich mir nun zum Schluss noch gestatten darf, einige Bemerkungen über die chirurgische Behandlung des Darmcarci-

---

[1]) Nothnagel l. c.

noms zu machen, so kann es sich naturgemäss nur um eine Erörterung der Indicationen handeln, wie sie sich auf Grund der bisherigen und meiner eigenen Erfahrungen etwa formuliren lassen. Zunächst möchte ich die Ergebnisse der auf meine eigene Veranlassung Operirten kurz mittheilen. Es wurde unter den 15 Fällen 12mal operirt, darunter 5mal die Resection des Tumors unternommen, davon starben drei. Unter den glücklich Operirten befindet sich einer, den ich als Dauererfolg bezeichnen kann, da der Patient jetzt, fast fünf Jahre nach der Operation, lebt und völlig beschwerdefrei ist. Ein zweiter lebt seit fünf Monaten und befindet sich bisher in ausgezeichnetem Zustande.

In vier Fällen wurde die Enteroanastomose gemacht, davon ist einer kurz nach der Operation in Folge plötzlich aufgetretener Perforation (am 7. Tage p. op.) zu Grunde gegangen. In einem Falle lebt der Patient jetzt neun Monate nach der Operation; in zwei Fällen überlebten die Patienten den Eingriff 6—8 Monate, beide aber hatten nur wenig Vortheil von der Operation; in einem bildeten sich später, wahrscheinlich in Folge erneuter Compression des Dünndarms durch den wachsenden Cöcaltumor, wiederum hochgradige Stenosebeschwerden, zuletzt noch eine Perforation in die Blase. In einem Falle wurde nur die Laparotomie gemacht, da der Fall sich als inoperabel erwies. In einem Falle wurde wegen Ileuserscheinungen ein Anus praeternaturalis angelegt; der Patient überlebte den Eingriff vier Monate. In einem Falle endlich wurde gleichfalls im Stadium des beginnenden Ileus eine Enterostomie gemacht, da der Patientin eine weitgreifende Operation nicht mehr zugemuthet werden konnte. Nach einigen Wochen ging sie an Collaps zu Grunde.

Diese Erfolge sind nun nicht gerade ermuthigend und würden leicht in dem Sinne gedeutet werden können, als wären die Operationen bei Dickdarmcarcinom überhaupt ohne wesentlichen Werth. Dem möchte ich nicht ganz zustimmen. Leider ist eine grosse Reihe von Misserfolgen dem Umstande zuzuschreiben, dass mehrere Kranken ganz oder nahezu im Stadium des Ileus in meine und des Chirurgen Hände kamen. In mehreren anderen Fällen wurde gegen meinen Willen sehr lange gezögert, ehe der Entschluss zur Operation gefasst wurde. Diese Umstände wirken naturgemäss sehr ungünstig auf die Chancen des Eingriffes ein. Ich glaube, dass sich hier bei rechtzeitiger Diagnose und, was wir leider nicht in der Hand haben, bei rechtzeitigem Entschluss der Kranken zur Operation, Besseres erreichen liesse. Es muss namentlich der ärztliche Blick für die Diagnose von Darmstenosen, namentlich in Hinsicht auf die ungemein bedeutungsvolle sicht- und fühlbare Darmperistaltik geschärft werden, und auch deren

erste Andeutungen müssen in Zukunft Gemeingut der Aerzte werden.

Ein wichtiger Punkt endlich ist auch der, ob man radikal inoperable Darmcarcinome ohne Stenoseerscheinungen, oder Darmcarcinome, deren Inoperabilität sich während der Laparotomie ergiebt, mittels Enteroanastomose behandeln soll oder nicht, etwa in der Absicht, spätere Stenoseerscheinungen zu verhüten. Soviel mir bekannt, ist dieser Gesichtspunkt auch in der chirurgischen Litteratur noch nicht erörtert, und es ist mir daher von Wichtigkeit, ihn hier zur Discussion zu stellen.

Darf ich kurz resumiren, so ist die Indication zum chirurgischen Eingriff nach meinen Erfahrungen etwa so zu formuliren: Sicher ist ein operativer Eingriff bei Vorhandensein eines gut beweglichen, für Carcinom sprechenden Tumors und ausreichendem Kräftezustand indicirt. Ob der Eingriff zu einer totalen Entfernung der Neubildung oder nur zu einer Ausschaltung nach den verschiedenen hierfür zu Gebote stehenden Methoden führen wird, lässt sich a priori, d. h. vor der Eröffnung der Bauchhöhle, niemals mit Bestimmtheit sagen. Mit Rücksicht auf die vielfach gemachte Erfahrung, dass bei Dickdarmcarcinomen Metastasen erst in relativ späten Stadien auftreten, sind die Chancen nicht ungünstig, vorausgesetzt, dass es sich nicht um medulläre, stark jauchende Carcinome handelt, die so gut wie immer eine ungünstige Prognose geben. Indicirt ist ferner ein chirurgischer Eingriff bei sicheren, wenn auch initialen Stenoseerscheinungen, auch ohne dass ein Tumor vorhanden ist, andere Zeichen aber für einen malignen Charakter der Stenose sprechen. Selbst wenn die Laparotomie einmal irrthümlich statt des erwarteten Carcinoms eine gutartige Stenose ergeben sollte, wird man niemals mit der Operation Schaden stiften, sondern umgekehrt nützen.

Von den palliativen Operationen steht die Enteroanastomose zweifellos an erster Stelle. Inwieweit dieselbe aber nicht allein das Leben verlängert, sondern auch die Beschwerden für längere Zeit beseitigt, muss erst noch auf Grund eines grösseren Materials erwiesen werden. Die Enterostomie und die Colostomie dürften immer nur bei drohendem oder schon eingetretenem Ileus indicirt sein. Diesen functionell sehr ungünstigen Eingriffen wird man bei sich besserndem Allgemeinbefinden später die Enteroanastomose, resp. die Resection anschliessen können, doch ist dies bisher nur selten gelungen.

Trotz sorgfältiger Beobachtung der obengenannten Indicationen und trotz der hochentwickelten Technik der Darmchirurgie werden wir auch in Zukunft hin und wieder mit der Radikaloperation zu

spät kommen. Andererseits werden wir bei rechtzeitiger[1]) Diagnose und rechtzeitig gegebenem und befolgtem Rath zur Operation die Befriedigung haben, manchem sonst verlorenen Menschenleben die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auf viele Jahre hinaus wiedergegeben zu haben.

[1]) Ich vermeide mit Absicht den Ausdruck „Frühdiagnose“, der leicht zu Missverständnissen führt.

Druck von G. Bernstein in Berlin.

Der Jahrgang 1899 enthält u. A. folgende Originalarbeiten:

Aus der Augusta-Krankenanstalt in Bochum: Ein operirter Fall von beiderseits fehlendem Radius, von Dr. Bardeleben.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Bonn: Die klinische Bedeutung der Ausscheidung von Fleischresten mit dem Stuhlgang, von Prof. Dr. A. Schmidt.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau: Die Desinfection der Haut und Hände mittels Seifenspiritus, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mikulicz.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau: Ueber die Brauchbarkeit des Hyrgols (colloidales Quecksilber) zur Syphilisbehandlung, von Dr. Ludwig Falk.

Aus dem Kreiskrankenhause in Britz: Zur Frage der Zimmerdesinfection mit Formaldehyd, von Dr. M. Friedemann.

Aus dem St. Stephanspital in Budapest: Das hämatologische Bild der Lymphämie ohne anatomischen Befund im Anschluss an schwere Anämie, von Dr. E. Körmöczi.

Aus dem städtischen Krankenhause in Charlottenburg: Ueber das Zustandekommen von venösen Stauungen bei völlig compensirter Insufficienz der Aortenklappen, von Prof. Dr. E. Grawitz.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Christiana: Studien über Endocarditis, von Francis Harbitz.

Aus dem Diakonissenkrankenhause in Dresden: Zur Kenntniss der Perihepatitis chronica hyperplastica (Zuckergussleber), von Dr. R. Schmalz und Dr. O. Weber.

Aus der orthopädischen Heilanstalt von Dr. A. Schanz in Dresden: Das modellirende Redressement schwerer Scoliosen, von Dr. A. Schanz.

Aus dem Antonius-Hospital in Eschweiler: Ueber Milzexstirpation, von Dr. R. Bratz.

Aus dem städtischen Krankenhause in Frankfurt a. M.: Ueber die Lokalisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten, von Dr. Stobwasser.

Aus dem Landkrankenhause in Fulda: Ein Todesfall bei Aethernarkose, von San.-Rath Dr. J. Schneider.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Giessen: Die Cholecystotomie mit wasserdichter Drainage der Gallenblase, von Prof. Dr. Poppert.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen: Bemerkung über die Behandlung der Fettleibigkeit mit Schilddrüsenpräparaten, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ebstein.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald: Ueber seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut, von Dr. A. W. K. Müller.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Halle a. S.: Die Suggestionstherapie in der inneren Medicin, von Dr. A. Hofmann.

Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg-St. Georg: Zur Verlagerung des widernatürlichen Afters, von Dr. H. Cordua.

Aus dem Vereinshospital in Hamburg: Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis, von Dr. H. Waitz.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg: Ueber die chirurgische Behandlung gutartiger Magenkrankheiten, von Privatdocent Dr. W. Petersen.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Kiel: Zwei mit Behring'schem Antitoxin geheilte Fälle von Tetanus traumaticus, von Dr. F. K. Kleine.

Aus dem Bürgerhospital in Köln: Erzielung tragfähiger Stümpfe durch Nachbehandlung, von Dr. H. H. Hirsch.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg i. Pr.: Zur Radikaloperation des Volvulus und der Invagination durch die Resection, von Prof. Dr. Freiherrn v. Eiselsberg.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Leiden: Die Theorie Grützner's über die Darmbewegung bei Rectalinjectionen mit Kochsalzzusatz, von Dr. B. P. B. Plantenga.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Leipzig: Ueber die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Circulation, von Dr H. Hensen.

Aus dem pathologischen Institut der Universität München: Zur Frage der Coagulationsnekrose, von Privatdocent Dr. H. Schmaus und Dr. E. Albrecht.

Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Neapel: Ueber die Heilwirkung des Thiocol-„Roche", von Prof. Dr. E. de Renzi und Dr. G. Boeri.

Aus dem Stadthospital in Odessa: Fälle aus der Spitalpraxis, von Dr. B. Goldenberg.

Aus dem Deutschen Alexander-Männerhospital in St. Petersburg: Ueber zwei Fälle von Perigastritis adhaesiva, von Dr. H. Westphalen und Dr. W. Fick.

Aus der I. deutschen medicinischen Universitätsklinik in Prag: Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, von L. Zupnik.

Aus dem Alexander-Hospital in Sofia: Ein seltener Fall von Hernia interna, von Dr. S. Watjoff.

Aus der medicinischen Universitätsklinik in Zürich: Tödtliche acute Nephritis in Folge von Vergiftung mit Sauerampfer, von Prof. Dr. H. Eichhorst.

Verlag von **GEORG THIEME** in **Leipzig.**

Die Deutsche medicinische Wochenschrift

Therapeutische Beilage — Litteratur-Beilage — Vereins-Beilage

begründet von Dr. Paul Boerner,

Redaction: **Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Eulenburg — Dr. Jul. Schwalbe,**

hat mit dem 1. Januar 1900 ihren **XXVI. Jahrgang** begonnen und erscheint jeden Donnerstag 3—4 Bogen stark in gr. 4°.

Die Wochenschrift enthält: **Originalartikel** aus deutschen und ausländischen Kliniken, Krankenhäusern und von praktischen Aerzten. — **Zusammenfassende Referate** über neuere Erscheinungen auf einzelnen Gebieten der medicinischen Wissenschaft. — **Eingehende Referate** über die neuesten Werke der medicinischen Litteratur seitens hervorragender Kritiker und **Zeitschriftenübersicht** in besonderen, regelmässig erscheinenden **Litteratur-Beilagen.** — Besondere Berücksichtigung der Fortschritte der **Therapie** in einer allmonatlich erscheinenden **Therapeutischen Beilage.** — **Officielle Berichte** über den **Verein für innere Medicin** und die **Freie Vereinigung der Chirurgen** in **Berlin,** über die **ärztlichen Vereine** zu **Giessen, Greifswald, Hamburg, Köln, Königsberg,** über die med. Section der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde in **Bonn,** die Niederrhein. Chirurgen-Vereinigung, den Unterelsässischen Aerzteverein in **Strassburg i. E.,** in besonderen regelmässig erscheinenden **Vereins-Beilagen.** — **Original-Berichte** über **medicinische Gesellschaften** in **Berlin, Breslau, Wien, Paris, London** u. a. und über die Verhandlungen deutscher und internationaler **Congresse.** — **Amtliches.** — **Oeffentliches Sanitätswesen** incl. **Epidemiologie.** — **Militärsanitätswesen.** — **Standesangelegenheiten.** — **Krankenpflege.** — **Feuilleton** etc. — **Personalien** sämmtlicher deutschen Staaten nach zumeist amtlichen Mittheilungen.

Bestellungen auf die „Deutsche medicinische Wochenschrift“ zum Preise von 6 Mark vierteljährlich werden von allen **Buchhandlungen** und **Postämtern (No. 1943)** entgegengenommen. Probenummern sind gratis zu beziehen durch jede Buchhandlung wie durch die Verlagsbuchhandlung **Georg Thieme** in Leipzig, Seeburgstrasse 53.

Druck von G. Bernstein in Berlin.